

黒龍江中医薬大学日本校

入学願書 (修士課程兼用)

志願者	ふりがな		男・女	写真貼付欄 1. 上半身、脱帽、正面向、 撮影3ヶ月以内のもの サイズ縦5cm×横4cm 全面を貼り付ける 2. 上記以外に、サイズ 縦3cm×横2.4cmの写真を ご同封ください
	氏名			
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	現住所	(〒 -) 都道府県		
	電話・自宅	— —		
	電話・携帯	— —		
	メール・携帯	@		
メール・PC	@			
保証人	ふりがな		続柄	
	氏名		Ⓜ	
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	現住所	(〒 -)	職業	
	電話	— —		
専攻課程・学科	<input type="checkbox"/> 修士課程 (<input type="checkbox"/> 臨床中医師研究科 <input type="checkbox"/> 基礎研究科)		納金方式 (前納)	<input type="checkbox"/> 総額一括
	<input type="checkbox"/> 学士課程 <input type="checkbox"/> 総合中医療術学科 (<input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 専科) <input type="checkbox"/> 中医整体学科 (<input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 専科 <input type="checkbox"/> 準専科) <input type="checkbox"/> 中医気功学科 (<input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 専科 <input type="checkbox"/> 準専科) <input type="checkbox"/> 漢方薬膳学科 (<input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 専科 <input type="checkbox"/> 準専科) <input type="checkbox"/> 中医指鍼学科 (<input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 専科 <input type="checkbox"/> 準専科) <input type="checkbox"/> 中医鍼灸学科 (<input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 入門コース) <input type="checkbox"/> 中医美容学科 (<input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 専科) <input type="checkbox"/> 臨床コース (<input type="checkbox"/> 臨床中医整体師 <input type="checkbox"/> 臨床中医鍼灸師 <input type="checkbox"/> 臨床中医師) <input type="checkbox"/> 反射療法 (<input type="checkbox"/> 上級科 <input type="checkbox"/> 中級科 <input type="checkbox"/> 入門コース) <input type="checkbox"/> 総合手技コース (<input type="checkbox"/> 専科 <input type="checkbox"/> 上級科 <input type="checkbox"/> 中級科) <input type="checkbox"/> 総合漢方エステコース (<input type="checkbox"/> 専科 <input type="checkbox"/> 上級科) <input type="checkbox"/> 漢方アロマボディケアコース (<input type="checkbox"/> 上級科 <input type="checkbox"/> 中級科 <input type="checkbox"/> 入門コース) <input type="checkbox"/> 漢方フェイシャルコース (<input type="checkbox"/> 上級科 <input type="checkbox"/> 中級科 <input type="checkbox"/> 入門コース) <input type="checkbox"/> 登録販売者育成コース (<input type="checkbox"/> 専科) <input type="checkbox"/> 新学科、選択受講 (学科・科目名 : _____ <input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 専科 <input type="checkbox"/> その他)			<input type="checkbox"/> 年額一括 <input type="checkbox"/> 年額2分割 <input type="checkbox"/> 年額__分割 <input type="checkbox"/> 入学時一括 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入門コース 無料 (一人一学科のみ)

黒龍江中医薬大学日本校

学長 陳 堅鷹 殿

私は貴校に入学を志望いたします。

年 月 日

氏名

Ⓜ

履 歴 書

学 歴

年 月	中学校卒業
年 月	高等学校卒業
年 月	大学 学部 学科 卒業・卒業見込
最終学歴	都道府県 学校名
	年 月 卒業・卒業見込

職 歴

年 月	
年 月	

取 得 資 格 等

年 月	
年 月	

入学希望時期

_____年 1月 4月 7月 10月

入学試験・手続希望日

※予約が重複した場合は、調整をお願いすることがありますのでご了承ください。
 ①医学部・薬学部の学士号以上の取得者、管理栄養士資格取得者、または在学中の者
 ②入門・短期コースへの入学希望者
 ※次のいずれかに該当するものは、入学試験を免除します。(修士課程を除く)

_____月_____日

火 (10:00 13:00)
水 (10:00 13:00)
金 (10:00 13:00)

上記時間以外を希望の方： _____月 _____日 () 曜日 _____時

当校から試験日程の確認電話： 必要 不必要

説明会の担当者： 陳堅鷹 山本 その他 (氏名： _____)

上記の通り相違ありません。

年 月 日
氏名

(印)

※ 納付された学費は、当校の経営・授業計画等々により、如何なる場合も返却致しません。